

健康診断受診票

Health Checkup Questionnaire

受付番号

【学生基本情報】※学生記入欄

Please fill in the required items.

学校名	小樽商科大学 Otaru University of Commerce	受診年月日 The Day of The Health Check	April __, 2026	
学生番号 Student's ID		生年月日 Date of Birth		歳 Age
フリガナKana		出生性別 ASSIGNED SEX AT BIRTH	女性Female / 男性Male	
氏名Name				

【健康調査】※学生記入欄

Health Condition Questionnaire

Please answer the following. Check ☒ corresponding answers.

Past Medical History, Subjective Symptoms and Etc. 既往歴, 自覚症状等	(1) 以前にかかったことがある主な病気について教えてください。Have you ever had a serious illness? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of disease :)
	(2) 現在、治療あるいは定期的な診察・検査を受けている病気やけがなどがありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (病名Name of medical condition :)
	(3) 食品や薬剤などのアレルギーはありますか？ Are you allergic to any foods or medications? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (原因What is it? :)
	(4) 障害の有無および、認定を受けている場合は等級を記載してください。Do you have any disability? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (障害種類What is it? :)
	(5) 最近、気になる症状や体調不良がありますか？ Recently, do you have any subjective symptoms? <input type="checkbox"/> 特になし NO <input type="checkbox"/> あり YES → (具体的にplease describe:)
Habits 生活習慣の状況	(1) 朝食は食べますか Do you eat breakfast everyday? <input type="checkbox"/> ① 毎日食べる Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々食べる No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんど食べない No, hardly ever.
	(2) 運動習慣は？ Do you take exercise regularly? <input type="checkbox"/> ① ほぼ毎日運動する Yes. <input type="checkbox"/> ② 時々運動する No, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほとんどしない No, hardly ever.
	(3) 喫煙しますか？ Do you smoke? <input type="checkbox"/> ① すわない No. <input type="checkbox"/> ② やめた No, quit. <input type="checkbox"/> ③ すう Yes.
	(4) 飲酒しますか？ Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> ① 飲まない No. <input type="checkbox"/> ② たまに飲む Yes, sometimes. <input type="checkbox"/> ③ ほぼ毎日飲む Yes, almost every day.
	(5) 平均的な睡眠時間はどれにあてはまりますか？ Which of the following best describes your average sleep duration? <input type="checkbox"/> ① 5時間未満 Less than 5 hours <input type="checkbox"/> ② 5～6時間未満 5 to less than 6 hours <input type="checkbox"/> ③ 6～7時間未満 6 to less than 7 hours <input type="checkbox"/> ④ 7～8時間未満 7 to less than 8 hours <input type="checkbox"/> ⑤ 8～9時間未満 8 to less than 9 hours <input type="checkbox"/> ⑥ 9時間以上 9 hours or more
心身の健康について相談したい事がありますか？ Would you like to consult a doctor about your health? <input type="checkbox"/> ない NO <input type="checkbox"/> あり YES → (内容The contents of a consultation :)	

注) エピペンとはアレルギーによるショック(アナフィラキシーショック)を防ぐための自己注射薬です。

【検査項目】※検査員記入欄 Only a staff will fill it out this section.

身長	c m	
	体重	
視力 (矯正)	右	()
	左	()
尿検査	備考	
血圧	1回目 (脈拍)	/ (回)
	2回目 (脈拍)	/ (回)
胸部X線	No.	

【診察所見】※医師記入欄 Only a doctor will fill it out this section.

< 所見 >	< 判定 >	コメント等
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 結膜貧血 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> 頸部リンパ節腫大 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> 不整脈 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> 心雑音 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> 肺雑音 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中 <input type="checkbox"/> その他 () 問題なし ・ 経観 ・ 精検 ・ 治療中	
		医師サイン又は押印